

# Carta de Explicación para Confirmar Eventos de Vida

Si recibe un aviso del Mercado indicando que necesita presentar documentos para confirmar un cambio o evento en su vida, debe cargar o enviar por correo ciertos documentos al Mercado. Si no tiene ninguno de estos documentos, puede enviar una "carta de explicación."

Para hacer esto, guarde este archivo en su computadora, complete la sección relacionada con su evento de vida y cárguelo a su cuenta del Mercado en [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov). Si necesita más espacio, puede continuar en una hoja de papel en blanco.

En [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov), seleccione "Carta de explicación" en el menú desplegable de tipos de documentos. O, puede enviarla por correo al Mercado con la página de código de barras de su aviso de elegibilidad. Aquí está la dirección postal: Mercado de Seguros Médicos, Attn: Documentación, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/help/how-to-upload-documents](http://CuidadoDeSalud.gov/es/help/how-to-upload-documents) para más información.

**Su Nombre** \_\_\_\_\_

**Su ID de la Solicitud** \_\_\_\_\_

(Necesita escribir su ID de solicitud si envía este documento por correo. Para encontrar el número de identificación de la solicitud, busque su aviso. Se encuentra en la parte superior cerca de su dirección postal.)

## Pérdida de Cobertura

¿Qué tipo de cobertura tenía/tiene?	¿Cuándo perdió/perderá su cobertura? MM / DD / AAAA
¿Por qué está perdiendo su cobertura?	
_____ _____	
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados?	
_____ _____	

## Mudanza

¿Cuál es su dirección anterior?	¿Cuándo se mudó? MM / DD / AAAA
_____ _____	
¿Cuál es su nueva dirección?	
_____ _____	
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados?	
_____ _____	

## Matrimonio

¿Quién se casó? Enumere los nombres.	¿Cuándo se casaron estas personas? ____ / ____ / ____ MM    DD    AAAA
¿Hay alguna otra información que desee incluir sobre este matrimonio? _____ _____	
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados? _____ _____	

## Denegación de Cobertura de Medicaid o CHIP

¿A quién se le negó la cobertura a través de Medicaid o CHIP? Enumere los nombres de todos los miembros en su solicitud que hayan sido denegados.	¿Cuándo se les negó cobertura a estas personas? ____ / ____ / ____ MM    DD    AAAA
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados? _____ _____	

## Adopción, Colocación de Cuidado Temporal u Orden Judicial

¿Quién fue adoptado, colocado en cuidado temporal o se convirtió en dependiente a través de una orden judicial? Enumere los nombres de todos en su solicitud a los que esto le aplica.	¿Cuándo sucedió este evento? ____ / ____ / ____ MM    DD    AAAA
¿Hay alguna otra información que desee incluir sobre la adopción, colocación en cuidado temporal u orden judicial? _____ _____	
¿Por qué no puede enviar los documentos solicitados? _____ _____	